Naziv zavoda:

Naslov:

Naziv organizacije, ki je odgovorna za izvajanje preventivnega programa:

Soglasje velja za leto: **2020**

**ZADEVA: SOGLASJE ZA UDELEŽBO PEDAGOŠKEGA/IH DELAVCA/EV V PROGRAMU USPOSABLJANJA/IZOBRAŽEVANJA IZVEN TEGA ZAVODA - SKLOP C - PROGRAMI IZOBRAŽEVANJA PEDAGOŠKIH DELAVCEV**

Odgovorna oseba zgoraj navedenega zavoda, kjer je/so pedagoški delavec/i zaposlen/i, izdaja soglasje za njegovo/njihovo udeležbo v programu usposabljanja/izobraževanja v okviru programa za izobraževanje pedagoških delavcev, ki kandidira na javnem razpisu za sofinanciranje preventivnih programov na področju različnih vrst zasvojenosti v MOL, Odsek za projekte, za leto 2020.

|  |
| --- |
| **NAZIV PROGRAMA:**  **KRAJ IZVAJANJA PROGRAMA:**  ***OPOZORILO!***  ***Upoštevajte posebne pogoje, navedene v besedilu razpisa:***  **III. POGOJI ZA KANDIDIRANJE NA JAVNEM RAZPISU**  **1.2. Posebni pogoji za kandidiranje na razpisu**  ***d) Velja za sklop C*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum – dan, mesec, leto:**  **Število ur(najmanj 4 ure):**  **V času od\_\_\_do\_\_\_:** | **Tema:** | **Izvajalec – ime in priimek (na eno skupino PD je dovoljen 1 izvajalec):** | **Imena in priimki predvidenih posameznih pedagoških delavcev:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SKUPAJ PREDVIDENIH UR:** |  | **SKUPNO ŠTEVILO IZVAJALCEV:** | **PREDVIDENO SKUPNO ŠTEVILO PRIJAVLJENIH PEDAGOŠKIH DELAVCEV:** |

Za koordinacijo programa je v našem zavodu odgovoren/na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, v funkciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki bo za morebitna vprašanja dosegljiv/a na tel. št\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in na e naslovu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Zavod sofinancira za udeležbo pedagoškega/ih delavca/ev v programu

**DA NE *(USTREZNO OBKROŽITE!)***

**IZJAVA**

Spodaj podpisani, kot odgovorna oseba zgoraj navedenega zavoda izjavljam, da bomo za udeležbo tega/teh delavca/ev v tem programu doplačali znesek v višini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EUR.

Ime in priimek odgovorne osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ŽIG

Podpis odgovorne osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opomba: V besedilu uporabljeni izrazi, zapisani v moški  slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.